

Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

# **PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA U FUNKCIJI DOBI**

Tina Martinis

Mentorica: Doc. dr. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2005.

## SADRŽAJ

<b>Sažetak .....</b>	<b>3</b>
<b>Summary.....</b>	<b>3</b>
<b>Uvod .....</b>	<b>4</b>
<i>Razvoj koncepta kvalitete života .....</i>	<i>4</i>
<i>Kvaliteta života opće populacije.....</i>	<i>5</i>
<i>Mjerenje kvalitete života.....</i>	<i>7</i>
<i>Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije.....</i>	<i>8</i>
<i>Kvaliteta života u Hrvatskoj.....</i>	<i>9</i>
<b>Cilj.....</b>	<b>12</b>
<i>Problemi i hipoteze .....</i>	<i>12</i>
<b>Metodologija.....</b>	<b>13</b>
<i>Uzorak.....</i>	<i>13</i>
<i>Mjerni instrumenti .....</i>	<i>13</i>
<i>Postupak.....</i>	<i>15</i>
<b>Rezultati .....</b>	<b>16</b>
<i>Deskriptivna analiza podataka .....</i>	<i>16</i>
<i>Razlike među dobnim skupinama.....</i>	<i>17</i>
<i>Usporedba sebe i drugih.....</i>	<i>19</i>
<i>Razlike u prediktorima ukupne kvalitete života u funkciji dobi .....</i>	<i>20</i>
<b>Rasprava .....</b>	<b>28</b>
<i>Zadovoljstvo životom u funkciji dobi .....</i>	<i>28</i>
<i>Percepcija kvalitete života sebe i drugih .....</i>	<i>31</i>
<i>Razlike u doprinosu domena kvaliteti života u funkciji dobi .....</i>	<i>32</i>
<i>Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja.....</i>	<i>34</i>
<b>Zaključak .....</b>	<b>35</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>36</b>

PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA U FUNKCIJI DOBI  
(PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE ACCORDING TO AGE)

Tina Martinis

**Sažetak**

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati postoje li dobne razlike u kvaliteti života kod zdravih odraslih osoba. Polazišna pretpostavka bio je model ravnoteže ili usklađenosti u subjektivnoj procjeni kvalitete života. Prema ovom modelu ljudi u prosjeku procjenjuju kvalitetu života s 60-80% skalnog maksimuma i ova procjena ostaje stalna tijekom čitavog životnog vijeka. Uzorak je sastavljen od 878 sudionika u dobi od 16 do 97 godina podijeljenih u 8 dobnih skupina. Kvaliteta života ispitana je korištenjem upitnika Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF, kojim se ispituju 4 domene kvalitete života (domene tjelesnog i psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline). Sudionici su procjenjivali i zadovoljstvo vlastitim životom u cjelini te koliko su drugi ljudi zadovoljni svojim životima. Pokazalo se da zadovoljstvo životom opada s dobi. Sličan trend pronađen je i za pojedine domene kvalitete života. Također se pokazalo da ljudi precjenjuju svoje zadovoljstvo životom u odnosu na to kako vide druge ljude. Utvrđeno je da se s dobi mijenja udio pojedinih domena i sociodemografskih varijabli u objašnjavanju ukupne kvalitete života, što je potvrdilo očekivanja homeostatskog modela o različitoj važnosti domena za pojedinu životnu dob.

*Ključne riječi: kvaliteta života, dobne razlike, opća populacija*

**Summary**

The purpose of this survey was to find out whether there are any age differences in quality of life in general population. The starting point of the survey was homeostatic model of subjective quality of life. According to this model people average their quality of life between 60-80% of scale maximum and this average is stable through the whole life-span. 878 healthy persons have participated, all between 16 up to 97 years of age. They were divided into 8 age groups. Perception of individual's quality of life was assessed with the inventory of The World Health Organization WHOQOL-BREF, which is composed of 4 domains (physical and psychological health, social relationships and environment). Participants also valued satisfaction with life as a whole and perception of other people's satisfaction. Quality of life followed the trend of falling with ages. Similar trend was shown within each domain of quality of life. Besides, it was shown that people overvalue their life satisfaction in respect to perception of other people's quality. It is also assessed that with ageing a proportion each domain and sociodemographic variable contributes to satisfaction with life as a whole changes. Aforesaid has confirmed the expectations set by the homeostatic model relating to the fact that different domains are significant in different periods of life.

*Key words: quality of life, age differences, general population*

## Uvod

### *Razvoj koncepta kvalitete života*

Već je dugi niz godina kvaliteta života u središtu zanimanja brojnih istraživača i znanstvenika, a i jedna je od tema koja prožima život svakog čovjeka. Povijesno gledajući, definicije i mjerenja kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale.

Iz sfere ekonomskih istraživanja kvaliteta života je s vremenom postala predmet interesa socioloških pa i psiholoških istraživanja.

U želji da sazna kakva je kvaliteta života ljudi, 50-tih i 60-tih godina prošlog stoljeća, ekonomist bi postavio pitanje: „Kolika su primanja u obitelji?“ ili „Jeste li zaposleni?“. S druge strane sociologa nisu zanimali objektivni uvjeti života već je pitao: „U kojoj mjeri su zadovoljene vaše životne potrebe?“. To je bilo vrijeme kada se uvidjela potreba za razdvajanjem objektivnih i subjektivnih komponenti kvalitete života, što je 70-tih godina dovelo do pretpostavke da kod različitih ljudi jednake životne okolnosti rezultiraju razlikama u zadovoljstvu. Objektivne mjere bili su normativni pokazatelji stvarnosti, dok se subjektivnim mjerama ukazalo na razlike pojedinaca u opažanju stvarnih uvjeta života. U to je vrijeme pitanje psihologa koji je ispitivao kvalitetu života glasilo: „U kojoj ste mjeri zadovoljni kvalitetom svog života u cjelini?“

Danas je jasno da je kvaliteta života sveukupno blagostanje na koje utječu objektivni pokazatelji, a veliki udio ima i subjektivna percepcija te vrednovanje tjelesnog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, osobni razvoj i svrhovita aktivnost. Sve spomenuto pod utjecajem je osobnih vrijednosti pojedinca (Felce i Perry, 1993; prema Vuletić, 2004). Krizmanić i Kolesarić (1989) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva. Međutim, istraživanja su pokazala da objektivni i subjektivni faktori nisu linearno povezani. U situaciji loših socijalnih uvjeta života, poboljšanjem uvjeta povećat će se i subjektivna percepcija zadovoljstva životom, ali na određenom nivou ta se povezanost gubi (Cummins, 1995, 2000). Ukoliko su zadovoljene osnovne životne potrebe pojedinca, povećanje materijalnog bogatstva neće značajno utjecati na subjektivnu mjeru kvalitete života.

Kada se opisuju procjene koje ljudi daju o svom životu potrebno je imati na umu moguće terminološke poteškoće. Često se koriste termini *kvaliteta života*, *subjektivna kvaliteta života*, *zadovoljstvo životom* i sl., no pitanje je jesu li ovo sinonimi istog koncepta. U stranoj literaturi (Cummins, 2000) uvriježen je termin *kvaliteta života*, iako se zapravo mjeri subjektivno zadovoljstvo životom u cjelini ili njegovim pojedinim aspektima. Iz želje za smanjenjem nesuglasica prilikom zahvaćanja opisanog predmeta mjerenja bilo bi preporučljivo koristiti jednoznačan termin *kvaliteta života*.

#### *Kvaliteta života opće populacije*

Provedena su brojna istraživanja sa svrhom otkrivanja kolika je zapravo kvaliteta života opće populacije. Pitanja koja su postavljena u svrhu dobivanja tog podatka uglavnom su bila varijacija pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim životom u cijelosti?“. Cummins (2000) je prikupljene nalaze standardizirao na skalu od 0-100% skalnog maksimuma (%SM) kako bi ih mogao međusobno usporediti. Dobivenim nalazima pokazao je da u zapadnim zemljama prosječna kvaliteta života iznosi  $75 \pm 2.5\%$  skalnog maksimuma. Ukoliko se tome pridodaju i nalazi u ne-zapadnim zemljama dobiveni prosjeci kreću se u rasponu od 60 do 80%SM. Ovi rezultati dobiveni su usporedbom među različitim populacijama, a analizom rezultata unutar pojedine populacije, pokazalo se da standardno odstupanje rezultata od prosjeka varira unutar raspona  $18.59 \pm 2.68\%$ SM. Time je pokazano da se variranje rezultata unutar pojedine populacije također ograničava na gornji raspon skale (40-100%SM) (Cummins, 1999, prema Cummins, 2000).

Uočivši da ljudi subjektivno zadovoljstvo životom uglavnom opisuju koristeći se pozitivnim dijelom skale raspona od *nezadovoljan* do *zadovoljan*, Cummins i suradnici (2003) su objasnili da se kvaliteta života održava u homeostazi. Homeostatički sistem sličan je ravnoteži koja se javlja kod krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koje se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini za funkcioniranje organizma. Slično je i s kvalitetom života. Interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca određuje subjektivnu procjenu kvalitete života. Među osobinama ličnosti ističu se ekstraverzija, neuroticizam, optimizam i lokus kontrole kao čimbenici koji utječu na procjenu zadovoljstva životom. U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna te se u prosjeku procjenjuje kao 3/4

maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. Međutim, ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu.

Bolest pojedinca izazov je njegovoj ravnoteži, međutim odnos medicinskog zdravlja i razine subjektivne kvalitete života nije jednoznačan. Iako se obolijevanje odražava na razinu kvalitete života, osobine ličnosti odrediti će veličinu te promjene. Naime, bolest izaziva tjelesne simptome i time ograničava funkcioniranje, ali ima i indirektne učinke kao što su promjene u radnoj sposobnosti i veća ovisnost o drugima. Sve to vrlo često dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca koje se manifestiraju u depresiji, anksioznosti, osjećaju bespomoćnosti i smanjenom osjećaju kontrole. No, nalazi istraživanja kroničnih bolesnika i njihove subjektivne kvalitete života nisu konzistentni. Nekonzistentnost je dijelom uvjetovana metodološkim razlozima, ali neki autori sugeriraju da su psihološke posljedice i doživljavanje bolesti ono što dovodi do razlike u podacima.

Ograničenje mnogih instrumenata je njihova primjenjivost isključivo na populaciju oboljelih osoba. Teme koje takvi instrumenti zahvaćaju, povezane isključivo sa zdravljem, mogu biti preuske za adekvatno zahvaćanje kvalitete života zdravih osoba. Zbog toga i usporedba bolesnih i zdravih ljudi postaje otežana i gubi smisao (Patrick i Erickson, 1993; prema De Vries i Van Heck, 1997). Čak i oni instrumenti koji omogućuju širu primjenu, na zdrave i oboljele osobe, mjere kvalitetu života u kontekstu samo jedne kulture, čime se gubi mogućnost međukulturalne usporedbe rezultata. Jedno od takvih istraživanja provedeno je na uzorku od 11 000 osoba oboljelih od povišenog tlaka, dijabetesa, artritisa, srčanih oboljenja i depresije u Americi (Wells, Steward i Hays, 1989; prema Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo i Pecina, 2001). Upitnikom SF36 (36 čestica ispituju 8 domena kvalitete života) pokazalo se da je kvaliteta života depresivnih bolesnika jednako niska kao i kroničnih tjelesnih bolesnika u usporedbi sa zdravom populacijom. Međutim brojna istraživanja na različitim psihijatrijskim skupinama navode depresiju kao najznačajniji prediktor snižene subjektivne kvalitete života. U skladu s time nekoliko je istraživanja pokazalo da depresivni bolesnici postižu na kvaliteti života čak i niže rezultate nego kronični tjelesni bolesnici (Ormel i sur., 1994; prema Bonicatto i sur., 2001; Ormel i sur., 1999, Atkinson i sur., 1997, Kuehner,

2002; sve prema Kuehner i Buerger, 2005). Ograničenje u svim spomenutim istraživanjima je to što niti jedan od instrumenata kojima je zahvaćena kvaliteta života nije razvijen niti vrednovan za korištenje u različitim kulturama. Bonicatto i suradnici (2001) ispitali su zdrave te psihički i tjelesno oboljele osobe upitnikom koji je razvijen međukulturalnom suradnjom (WHOQOL) te su potvrdili da depresivni bolesnici postižu niže rezultate na upitniku zadovoljstva životom nego tjelesni bolesnici, a zdrave osobe izražavaju najviše zadovoljstvo životom od spomenutih skupina.

### *Mjerenje kvalitete života*

U literaturi postoje brojna istraživanja kvalitete života i pojedinih aspekata koji tu kvalitetu čine. Ekonomisti procjenjuju kvalitetu života na temelju društvenog proizvoda ili ekonomskog standarda, dok je za ekologe kvaliteta života ovisna prvenstveno o očuvanosti prirodne sredine. Nutricionisti zastupaju zdravu prehranu kao važan činitelj kvalitetnog života, a sociolozi se bave društvenim odnosima među različitim grupama ljudi. Menadžeri su usmjereni na kvalitetu života u radnoj organizaciji na koju utječu radni uvjeti i odnosi na radu. Psiholozi i zdravstveni djelatnici proučavaju kvalitetu života sa stajališta pojedinca. Oni često kvalitetu života dovode u vezu sa zdravljem. Zbog toga postoje brojni instrumenti kojima se zahvaća i mjeri konstrukt kvalitete života povezan sa domenom zdravlja, a može ih se podijeliti u tri skupine.

Prvu skupinu čine opći upitnici kojima se zahvaća veći broj područja kvalitete života te su oni stoga uglavnom višedimenzionalni. Takva vrsta upitnika ima najširu upotrebu te se koristi kod različitih bolesti, ali i kod zdrave populacije ljudi gdje se ispituju demografske i međukulturalne razlike u kvaliteti života. Od instrumenata ove vrste često se koriste *Profil učinka bolesti (Sickness Impact Profile; Bergner, Bobbit, Carter i Gilson, 1981)*, *SF-36 (Ware, 1993)* i *Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Instrument; The World Health Organization Quality of Life Group 1996)*.

Drugu skupinu čine instrumenti vezani uz točno određene bolesti, razvijeni za specifičnu uporabu među pacijentima sličnih tegoba. Neki od njih konstruirani su za tegobe vezane uz oboljenja od raka, artritisa, dijabetesa, srčanih bolesti i sl., a upitnicima se zahvaćaju one domene kvalitete života koje su značajne za pojedino oboljenje. Kod pacijenata oboljelih od artritisa kvaliteta života često se ispituje *Skalom*

za mjerenje utjecaja oboljenja od artritisa (*Arthritis Impact Measurement Scale*; Meenan, Gertman i Mason, 1980). Kod rakom oboljelih pacijenata upotrebljava se *Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od raka* (*European Organization for Research on Treatment of Cancer*; Aaronson i sur., 1993).

I na kraju, treću skupinu instrumenata čine mjere pojedinačnih domena kvalitete života, poput tjelesnog funkcioniranja ili psihičkog zdravlja. Primjer ove vrste upitnika je *Beckov inventar depresivnosti* (*Beck Depression Inventory*; Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh 1961).

#### *Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije*

Poticaj za razvoj ovog upitnika bila je želja za izradom instrumenta primjenjivog u različitim kulturama, zemljama različitog stupnja industrijskog razvoja, različite dostupnosti zdravstvenih usluga i drugih čimbenika koji mogu utjecati na kvalitetu života. Kako bi se osiguralo okruženje za razvoj upitnika potrebno je bilo univerzalno definirati kvalitetu života. Jedan od takvih poduhvata pokrenula je Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), formiranjem skupine za ispitivanje kvalitete života. Prema njima, kvaliteta života definira se kao percepcija uloge pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige (The World Health Organization Quality of Life Group, 1996). Iz spomenutog je vidljivo da se ovdje radi o subjektivnoj evaluaciji kvalitete života u okvirima kulture, socijalne okoline i okruženja u kojem pojedinac živi.

Kako bi se instrumentom uzele u obzir različitosti pojedinih kultura, odabrano je 15 zemalja, centara za ispitivanje kvalitete života, koje su bile uključene u izradu Upitnika kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (u daljnjem tekstu WHOQOL). U projektu su sudjelovali istraživači iz 15 zemalja sa svih kontinenata (iz Europe su bile uključene Hrvatska, Španjolska, Rusija i Velika Britanija). Cilj projekta bila je konstrukcija psihometrijski valjanog instrumenta koji će biti moguće upotrebljavati u različitim kulturama i koji će stoga pružati odgovore na složenija pitanja o međusobnom utjecaju psiholoških, tjelesnih i socijalnih varijabli na zdravlje pojedinca. Upitnik WHOQOL se u originalu sastoji od 100 čestica (WHOQOL-100) koje ispituju 6 domena kvalitete života: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, nezavisnost, socijalne



odnose, okolinu i religiozna/osobna vjerovanja. Upitnik je primjenjiv na oboljele osobe, na osobe pod stresom i na zdravu populaciju ljudi.

Nedavne analize pokazale su da se domena nezavisnosti može povezati s domenom tjelesnog zdravlja, a da se duhovne i religijske vrijednosti mogu uvrstiti u domenu psihičkog zdravlja. Tako dobiveni model bio je polazište za izradu upitnika WHOQOL-BREF, koji pokriva 4 domene kvalitete života, ukupno zadovoljstvo životom te zadovoljstvo zdravljem.

### *Kvaliteta života u Hrvatskoj*

Hrvatskom zdravstvenom anketom 2003. godine ispitana je kvaliteta života općenito te se pokazalo da su stanovnici Hrvatske u prosjeku zadovoljni  $60.11 \pm 25.12\%SM$  (Vuletić, 2005). Na zdravim, odraslim osobama primijenjen je i upitnik nastao na Sveučilištu u Irskoj pod nazivom *SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)*. Njime su dobivene vrijednosti kvalitete života u okvirima onih dobivenih u zapadnoeuropskim zemljama, međutim pokazao se trend opadanja kvalitete s dobi (Vuletić, 1999).

WHOQOL upitnicima kod nas je većinom ispitana populacija ljudi oboljelih od psihičkih i tjelesnih bolesti. Jedno od istraživanja provedeno je na uzorku pacijenata oboljelih od dijabetesa kojima se promijenila terapija sa oralne na inzulinsku. Kvaliteta života dijabetičara koji uzimaju inzulin pokazala se nešto nižom od onih koji su nastavili s oralnom primjenom (Pibernik-Okanović, Szabo i Metelko, 1998). WHOQOL-BREF oblikom upitnika ispitani su pacijenti s različitim gastroenterološkim bolestima te se pokazalo da im kvaliteta života nije narušena samom bolesti, već da homeostazu kvalitete života narušavaju psihološki čimbenici (Jokić-Begić, Tadinac, Lauri Korajlija i Hromatko, 2004). Time se pokazalo da su depresija i anksioznost neki od faktora koji dovode do smanjenja kvalitete života te da osobe koje se s bolešću nose uz potporu okoline i suočavaju se s problemima lakše održavaju subjektivni doživljaj kvalitete života u ravnoteži.

Upravo ovakvom slijedu istraživačkih nalaza bilo bi korisno pridodati i jedan kojim bi se zahvatila isključivo zdrava populacija ljudi. Kako bi već spomenute rezultate dobivene na oboljelim osobama bilo moguće kvalitetnije usporediti, kvaliteta života zdrave populacije ispitana je upitnikom WHOQOL-BREF. Danas postoji dilema

mijenja li se kvaliteta života s dobi (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004) ili su ljudi različite dobi jednako zadovoljni svojim životom (Cummins, 2003). Dosadašnja istraživanja koja su se bavila povezanošću subjektivne kvalitete života i dobi daju nekonzistentne nalaze i pokazuju da se subjektivna kvaliteta života u funkciji dobi može povećati, ostati na istoj razini ili se smanjiti (Maher, 1999). Starije osobe mogu zadržati razinu subjektivne kvalitete života tako da snize svoja očekivanja ili da prihvate opći stereotip siromaštva i socijalne izoliranosti starijih ljudi. Na taj način povećavaju svoje samopoštovanje, a time i zadovoljstvo životom. S obzirom na postojeće dileme i dokaze koje su polučila Cumminsova istraživanja željelo se istražiti priklanja li se situacija u Zagrebu modelu homeostaze kvalitete života.

Tijekom čitavog životnog vijeka svatko prolazi kroz brojne promjene na biološkom, kognitivnom i socijalnom planu. Ne postoje jasne granice kojima bi se život mogao podijeliti u razvojna razdoblja. Teško je već odrediti i kada točno osoba ulazi u odraslu dob. Vrlo često kao granica se uzima dob od 18 godina, no u sklopu ovog istraživanja obuhvaćeni su i učenici srednjih škola stariji od 16 godina. Uobičajeni životni ciklus ljudi odrasle dobi počinje završavanjem srednje škole, nakon čega neki upisuju fakultete, a drugi preuzimaju odgovornosti odraslih (traže posao, zasnivaju obitelji i osamostaljuju se). U ranoj odrasloj dobi muškarci i žene uglavnom su još početnici u svojim obvezama, ali ulaskom u 30-te godine života vjerojatno su već prihvatili svoju samostalnost i uloge na poslu i u roditeljstvu. Prelaskom u 40-te godine ljudi su u većoj mjeri usmjereni na svoju obitelj i već su često postigli neke poslovne rezultate. U tom periodu potrage za smislom vlastitog života preuzima središnju ulogu. Približavanjem 50-tima i ulaskom u srednje godine nastupa kriza, nalik onoj proživljenoj u doba adolescencije, i ljudi počinju razmišljati i planirati život nakon odlaska djece od kuće. Prelazak u 60-te donosi nove promjene. To je vrijeme odlazaka u mirovinu i pronalaženja novih područja interesa, promjena starih navika iz svakodnevnog rada u vrijeme posvećeno sebi i bliskim osobama. Prelaskom 70-tih godina česta su obolijevanja i navikavanje na život u ne više mladom i vitalnom tijelu. Međutim, treba imati na umu da su sve spomenute promjene determinirane tjelesnim i mentalnim stanjem više nego samom kronološkom dobi (Perlmutter i Hall, 1992; Papalia i Wendkos Olds, 1992). Kako bi se pokušalo utvrditi ostaje li kvaliteta života stabilna tijekom života uzorak u ovom istraživanju grupiran je u 7 dobnih skupina;

srednjoškolci, osobe u dobi od 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 te stariji od 70 godina. Zbog dosadašnjih nalaza na koje je ukazao Cummins (2003), a koji pokazuju da se studenti razlikuju od ostatka populacije, izdvojeni su kao posebna skupina u ovom istraživanju kako bi se vidjelo razlikuju li se oni uistinu od vršnjaka nestudenata. Podrška odvajanju ove skupine je također i očekivanje njihove veće sličnosti sa srednjoškolskom populacijom zbog odgođenog preuzimanja odgovornosti i ulaska u svijet odraslih.

## Cilj

Veliki dio dosad provedenih istraživanja u Hrvatskoj usmjeren je na populaciju psihički i tjelesno oboljelih te je stoga bilo važno saznati kakva je subjektivna kvaliteta života zdravih osoba različite dobi. Provedeno je istraživanje kojem je cilj bio ispitati postoji li promjena u percepciji kvalitete života u funkciji dobi.

### *Problemi i hipoteze*

S obzirom na gore postavljeni cilj, formulirani su sljedeći problemi.

*Problem 1: Ispitati dobne razlike u subjektivnoj kvaliteti života u cjelini i po domenama (zadovoljstvo tjelesnim i psihičkim zdravljem, zadovoljstvo socijalnim odnosima te zadovoljstvo okolinom).*

Prema modelu homeostaze kvalitete života tijekom čitavog dobnog vijeka očekuje se da neće biti razlike u ukupnoj kvaliteti života različitih dobnih skupina. Međutim, pretpostavlja se da će se skupine razlikovati na pojedinim domenama kvalitete života čime se održava teorija o kompenzaciji pojedine domene nekom drugom u različitim životnim razdobljima.

*Problem 2: Ispitati postoje li razlike u procjeni kvalitete vlastitog života i kvalitete života drugih ljudi.*

Očekuje se da zdravi ljudi precjenjuju svoju kvalitetu života u odnosu na to kako vide kvalitetu života drugih ljudi.

*Problem 3: Postoji li razlika u važnosti domena koje determiniraju kvalitetu života u različitim dobnim skupinama i doprinose li ispitane sociodemografske varijable objašnjavanju razlika u kvaliteti života.*

Prema homeostatskom modelu očekuju se promjene u zadovoljstvu pojedinim domenama kvalitete života kroz dob. Očekuje se da će neke domene izgubiti na značaju, dok će se značaj drugih povećati ovisno o životnim okolnostima važnima za pojedinu dobnu skupinu.

## Metodologija

### *Uzorak*

U istraživanju je sudjelovalo 878 sudionika u dobi od 16 do 97 godina (M=40.42). Korišten je stratificirani uzorak s područja grada Zagreba (tablica 1). Kako bi se uzorkom obuhvatile različite skupine ljudi posjećeni su starački domovi, Zavod za zapošljavanje, srednje škole, fakulteti, nekoliko radnih ustanova, mjesne zajednice te neka mjesta javnog okupljanja.

*Tablica 1*  
Prikaz broja sudionika s obzirom na spol i raspored po skupinama

	spol		srednjošk.	studenti	18-29 god.	30-39 god.	40-49 god.	50-59 god.	60-69 god.	≥ 70 god.
	M	Ž								
N	345	533	111	118	135	128	100	101	81	104
%	39.3	60.7	12.6	13.4	15.4	14.6	11.4	11.5	9.2	11.8

N – broj sudionika, % - postotak ukupnog broja sudionika

Iz uzorka je isključeno 5 sudionika koji su na upitniku WHOQOL-BREF imali više od 20% neodgovorenih čestica (prema uputama priručnika Svjetske zdravstvene organizacije).

### *Mjerni instrumenti*

Za svrhe ovog istraživanja korišten je upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF koji je kraći oblik upitnika WHOQOL-100 i sastavljen je korištenjem i analizom podataka pilot istraživanja WHOQOL-100. Odabrane su 24 čestice iz originalnog upitnika, po jedna iz svake od 24 facete koje opisuju kvalitetu života te je odabrana po jedna čestica za kvalitetu života u cjelini i za opće zdravlje. Dakle, upitnik u cijelosti sadrži 26 čestica. Kao rezultat upitnika WHOQOL-BREF dobiva se profil kvalitete života koji polazi od modela koji objašnjava kvalitetu života kroz 4 domene: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Rezultati domena dobiveni su kombinacijom 24 čestice upitnika (tablica 2). Rezultat u svakoj domeni izražava se kao prosjek odgovora na česticama koje je opisuju. Čestica opće

kvalitete života i općeg zdravlja razmatraju se zasebno. Odgovori za svaku česticu daju se na skali Likertovog tipa od 1-5, gdje 1 označava najmanje slaganje sa pojedinom česticom, a 5 označava najveće slaganje sa česticom. Odgovori su transformirani na skalu od 0-100. U upitniku se postavlja vremenski okvir od 2 tjedna unutar kojeg sudionik procjenjuje kvalitetu života.

*Tablica 2*  
Domene upitnika WHOQOL-BREF

DOMENA	ČESTICE UKLJUČENE U DOMENU
Tjelesno zdravlje	Dnevne aktivnosti
	Ovisnost o lijekovima
	Energija i umaranje
	Pokretljivost
	Bol i uznemirenost
	Spavanje i odmor
Psihičko zdravlje	Radni kapaciteti
	Predodžba tijela i izgled
	Negativni osjećaji
	Pozitivni osjećaji
	Samopoštovanje
	Religioznost/duhovnost/osobna vjerovanja
Socijalni odnosi	Mišljenje, učenje, pamćenje i koncentracija
	Osobni odnosi
	Socijalna podrška
	Seksualna aktivnost
Okolina	Izvori financija
	Sloboda, tjelesna sigurnost i zaštićenost
	Zdravstvena i socijalna skrb: dostupnost i kvaliteta
	Kućna okolina
	Dostupnost informacija i usluga
	Mogućnost rekreacije
	Okoliš (zagađenje/buka/promet)
	Prijevoz

Pouzdanost upitnika je prilično visoka, što znači da domene tjelesnog, psihičkog zdravlja i okolina imaju koeficijent pouzdanosti  $\alpha > .75$ , dok je domena socijalnih odnosa na granici s umjerenom pouzdanošću i  $\alpha$  iznosi .68. Upitnik je pokazao i dobru diskriminativnu valjanost za svaku od domena, a najuspješnije je razlikovanje zdravih i oboljelih osoba na domeni tjelesnog i zatim psihičkog zdravlja (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004).

Osim spomenutih 26 čestica WHOQOL-BREF upitnika, u instrument korišten za svrhe ovog istraživanja, uključene su i neke dodatne čestice. Neka dosadašnja istraživanja (Cummins, 2003) pokazala su da je skala raspona od 1-5 preuska za zahvaćanje kvalitete života pa je u ovo istraživanje uključena još jedna čestica koja se odnosi na kvalitetu života u cjelini („*Koliko ste zadovoljni Vašim životom u cjelini?*“), međutim, ponuđena Likertova skala s odgovorima kreće se od 0 (vrlo nezadovoljan) do 10 (vrlo zadovoljan). Sljedećom česticom željelo se doznati kako ljudi vide svoju kvalitetu života u odnosu na to kako vide kvalitetu života drugih ljudi („*Što mislite kako na prethodno pitanje u prosjeku odgovaraju drugi ljudi?*“). Ovdje je također korištena skala za odgovore od 0 (vrlo nezadovoljan) do 10 (vrlo zadovoljan). Također je uključen i niz pitanja vezanih uz sociodemografske podatke o sudionicima, među kojima su, uz spol i dob, i pitanja o psihičkom ili kroničnom oboljenju, obrazovanje, procjena materijalnog stanja obitelji, radni i bračni status, vrsta kućanstva u kojem žive te imaju li djece (prilog 1). Ispitane varijable uključene su u analizu kojom se odgovara na treći problem postavljen u provedenom istraživanju.

### *Postupak*

Sudionici su informirani o cilju istraživanja te su dobrovoljno pristali na sudjelovanje u njemu. Svi sudionici samostalno su ispunjavali upitnik. Srednjoškolci, nekolicina studenata i nezaposleni pristupili su grupnom popunjavanju upitnika, dok je ostali dio uzorka upitnike ispunjavao individualno. Vrijeme potrebno za ispunjavanje cjelokupnog upitnika kretalo se oko otprilike 5-7 minuta, a kod starije populacije potrebno je bilo i nešto više od 10 minuta. Uputa za ispunjavanje nalazila se na početku samog upitnika. Intervencije je provodila autorica radnje u slučajevima kada je bilo potrebno dodatno pojasniti poneko pitanje i riješiti nejasnoće. Istraživanje se provodilo tijekom polovice lipnja i srpnja 2005. godine.

## Rezultati

### *Deskriptivna analiza podataka*

Kako bi bilo moguće uspoređivati podatke dobivene na skalama različitog raspona, potrebno je bilo transformirati ih na zajedničku skalu. To je učinjeno konvertiranjem Likertovih skala u standardne vrijednosti od 0 do 100 prema formuli:  $\%SM$  (postotak skalnog maksimuma) =  $(\text{individualni rezultat} / n) * 100$ , a ukoliko najniža vrijednost skale iznosi 1 formula za transformaciju glasi:  $\%SM = (\text{individualni rezultat} - 1) * 100 / (\text{broj skalnih točaka} - 1)$ .

Rezultati domena i ukupnog zadovoljstva životom izražavaju se u pozitivnom smjeru, odnosno viši rezultat pretpostavlja veću kvalitetu života.

Promatramo li uzorak u cjelini, moguće je uočiti da je zadovoljstvo okolinom u prosjeku najniže u odnosu na ostale domene kvalitete života i na život u cjelini, dok je zadovoljstvo tjelesnim zdravljem najviše u odnosu na ostale spomenute varijable (tablica 3).

Distribucije svih varijabli koje će se koristiti u analizama ovog istraživanja su negativno asimetrične. Kolmogorov-Smirnovljev testom to je i pokazano (tablica 3). Dakle, unatoč tome što uvjet normalnosti distribucija nije zadovoljen bit će korišteni parametrijski statistički postupci budući da su asimetrije svih distribucija istoga smjera.

*Tablica 3*

Prikaz aritmetičkih sredina i rezultata testiranja normaliteta distribucija preko z - vrijednosti					
	Zadovoljstvo životom u cjelini	Domena tjelesnog zdravlja	Domena psihičkog zdravlja	Domena socijalnih odnosa	Domena okoline
N	878	878	878	876	878
M	69.13	71.59	67.79	70.05	64.22
SD	20.106	17.012	16.728	18.481	15.070
Kolmogorov - Smirnov Z vrijednost	4.709**	3.821**	4.969**	4.902**	3.280**

\*\*  $p < .01$

N – broj sudionika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija

Upitnikom su prikupljeni rezultati procjene kvalitete života u cjelini na dvije čestice raspona 1-5 i 0-10. Nalazi iz literature pokazali su da je skala raspona 0-10 osjetljivija i da točnije reprezentira kvalitetu života populacije (prema Cummins, 2003). Vrijednosti



na spomenutoj skali pokazuju veće zadovoljstvo životom od podataka koji su dobiveni korištenjem skale raspona 1-5. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju također potvrđuju spomenuto ( $M_{1-5}=66$ ,  $SD_{1-5}=20.089$ ,  $M_{0-10}=69.13$ ,  $SD_{0-10}=20.106$ ) te se u daljnjoj obradi koriste rezultati dobiveni na varijabli raspona 0-10.

Korelacije dobivene među domenama nalaze se u rasponu srednje velikih korelacija (od .387 do .676). Ovakva umjerena povezanost među domenama upućuje na činjenicu da su domene dio istog konstrukta – kvalitete života, a ujedno su dovoljno različite da ne mjere istu stvar pa ih ima smisla mjeriti. Korelacije svake od domena s kvalitetom života u cjelini statistički su značajne i kreću se u rasponu od umjerenih do velikih (od .477 do .701).

#### *Razlike među dobnim skupinama*

Srednje vrijednosti kvalitete života po skupinama pokazuju trend opadanja s dobi u svakoj od domena i u ukupnom zadovoljstvu životom (tablica 4), iako postoje neka odstupanja u spomenutom trendu. Inspekcijom rezultata iz tablice 4 vidljivo je da srednjoškolci imaju niže srednje vrijednosti od skupine osoba mlađih od 29 godina na svim varijablama osim na domeni zadovoljstva okolinom. U domeni okoline uočljiv je i porast rezultata u skupini starijoj od 50 godina. Međutim, moguće je primijetiti da rezultati skupine starije od 70 godina imaju vrijednosti niže od svih ostalih dobnih skupina u svim varijablama.

Da bi se vidjelo razlikuje li se kvaliteta života u različitim dobnim skupinama, provedena je jednostavna analiza varijance. Prvom provedenom analizom ispitano je razlikuju li se aritmetičke sredine pojedine dobne skupine u zadovoljstvu životom u cjelini, a zatim je ispitano kakve su dobne razlike za svaku pojedinu domenu kvalitete života. Dobiveni F omjeri za 5 provedenih analiza varijance prikazani su u tablici 4.

Osvrnimo se prvo na razlike u varijabli kvalitete života u cjelini. Dobiveni F omjer ( $F(7,870)=10.358$ ,  $p<.01$ ) pokazao je da su razlike statistički značajne. Post-hoc analizom utvrđeno je da se srednjoškolci, studenti, i osobe iz skupina mlađih od 39 godina međusobno ne razlikuju, no, uz rizik manji od 1% statistički su značajno zadovoljniji životom u cjelini od osoba iz skupina starijih od 60 godina. Osobe starije od 40, a mlađe od 59 godina ne razlikuju se značajno niti od jedne skupine, odnosno prema ukupnom zadovoljstvu životom nalaze se između mlađih i starijih osoba.

Tablica 4

Deskriptivni podaci varijabli korištenih u analizi i rezultati jednostavne analize varijance za 8 dobnih skupina u domenama i ukupnoj kvaliteti života i post-hoc analize rezultata

		N	M	SD	F (df)	Post-hoc (Scheffe)
Koliko ste zadovoljni Vašim životom u cjelini	1.srednjoškolci	111	72.52	18.214	10.358** (7,870)	1-7**, 1-8**
	2. studenti	118	76.44	15.164		2-7**, 2-8**
	3. 18 – 29	135	71.41	18.250		3-7**, 3-8**
	4. 30 – 39	128	72.03	16.618		4-7**, 4-8**
	5. 40 – 49	100	67.90	18.818		
	6. 50 – 59	101	69.30	22.417		
	7. 60 – 69	81	59.26	20.903		
	8. ≥ 70 godina	104	59.39	24.907		
Domena tjelesnog zdravlja	1.srednjoškolci	111	72.33	14.747	26.959** (7,870)	1-8**
	2. studenti	118	78.21	12.067		2-7**, 2-8**
	3. 18 – 29	135	76.03	14.251		3-7**, 3-8**
	4. 30 – 39	128	75.87	13.868		4-7**, 4-8**
	5. 40 – 49	100	71.78	16.500		5-8**
	6. 50 – 59	101	73.87	16.381		6-8**
	7. 60 – 69	81	66.35	16.206		7-8**
	8. ≥ 70 godina	104	53.98	19.996		
Domena psihičkog zdravlja	1.srednjoškolci	111	69.62	17.358	12.653** (7,870)	1-8**
	2. studenti	118	72.21	14.892		2-7**, 2-8**
	3. 18 – 29	135	70.76	14.599		3-7**, 3-8**
	4. 30 – 39	128	71.63	14.924		4-7**, 4-8**
	5. 40 – 49	100	67.23	15.743		5-8**
	6. 50 – 59	101	69.30	16.181		6-8**
	7. 60 – 69	81	60.98	16.852		
	8. ≥ 70 godina	104	56.65	17.998		
Domena socijalnih odnosa	1.srednjoškolci	111	71.72	19.431	6.740** (7,868)	1-8*
	2. studenti	118	71.50	19.997		2-8*
	3. 18 – 29	135	74.72	16.796		3-7*, 3-8**
	4. 30 – 39	128	73.85	16.549		4-7*, 4-8**
	5. 40 – 49	100	69.69	16.425		
	6. 50 – 59	101	69.06	16.187		
	7. 60 – 69	81	63.99	16.740		
	8. ≥ 70 godina	102	61.78	21.623		
Domena okoline	1.srednjoškolci	111	68.32	15.429	5.532** (7,870)	1-3*, 1-8*
	2. studenti	118	67.95	12.829		2-3*, 2-8*
	3. 18 – 29	135	60.43	15.645		
	4. 30 – 39	128	63.41	13.478		
	5. 40 – 49	100	62.80	14.715		
	6. 50 – 59	101	66.89	15.874		
	7. 60 – 69	81	64.86	12.923		
	8. ≥ 70 godina	104	59.83	16.891		

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ; N – broj sudionika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – rezultat analize varijance, df – broj stupnjeva slobode, p – vjerojatnost slučajnog pojavljivanja, 1-2,... - post-hoc razlike između skupina

Sljedeća analiza varijance omogućila je usporedbu na domeni tjelesnog zdravlja. Razlike između srednjih vrijednosti zadovoljstva tjelesnim zdravljem različitih dobnih skupina pokazale su se značajnima uz manje od 1% rizika ( $F(7,870)=26.959$ ). Post-hoc analiza ( $p<.01$ ) pokazala je da je skupina sudionika starijih od 70 godina statistički značajno manje zadovoljna svojim tjelesnim zdravljem od svih ostalih skupina ( $M=53.98$ ). Studenti, skupina od 18-29 godina i skupina 30-39 godina zadovoljnije su tjelesnim zdravljem od skupina starijih od 60 godina. Ostale razlike među skupinama nisu statistički značajne.

Analiza domene psihičkog zdravlja također je pokazala statistički značajno razlikovanje među grupama ( $F(7,870)=12.653$ ,  $p<.01$ ). Rezultati grupa na domeni psihičkog zdravlja post-hoc analizom uz rizik pogreške od 1% pokazuju jednake razlike kao i na domeni tjelesnog zdravlja. Grupa starija od 70 godina i ovdje pokazuje najniže zadovoljstvo psihičkim zdravljem, a ta vrijednost ne razlikuje se statistički značajno jedino od dobne grupe 60-69 godina.

Slijedi analiza razlika na domeni zadovoljstva socijalnim odnosima. Jednostavna analiza varijance pokazala se značajnom ( $F(7,868)=6.740$ ,  $p<.01$ ), a post-hoc analizom uz 5% rizika utvrđeno je da su studenti i srednjoškolci zadovoljniji socijalnim odnosima nego što su osobe starije od 70 godina. Skupina u dobi od 18-29 i 30-39 godina zadovoljniji su od starijih od 70 godina ( $p<.01$ ), ali i od osoba između 60 i 69 godina starosti ( $p<.05$ ). Skupine 40-49 i 50-59 godina ne razlikuju se statistički značajno niti od jedne dobne skupine.

Posljednja analiza dobnih razlika provedena je za domenu zadovoljstva okolinom i pokazala se statistički značajnom ( $F(7,870)=5.532$ ,  $p<.01$ ). Post-hoc analizom ( $p<.05$ ) utvrđeno je da su srednjoškolci i studenti značajno zadovoljniji okolinom nego što je skupina nestudenata starosti 18-29 godina i skupina starijih od 70 godina. Ostale dobne skupine ne razlikuju se značajno u zadovoljstvu okolinom niti od jedne skupine.

### *Usporedba sebe i drugih*

Zanimljivo je bilo doznati kako pojedinci procjenjuju kvalitetu života drugih ljudi, misle li da je kvaliteta života drugih slična njihovoj, procjenjuju li sebe u odnosu na druge ili se podcjenjuju. Kako bi se odgovorilo na ovaj problem t-testom je provjereno postoje li razlike u percepciji kvalitete vlastitog života u cjelini i toga kako percipiraju

da drugi ljudi procjenjuju kvalitetu svog života. Na pitanje *Koliko ste zadovoljni Vašim životom u cjelini* prosjek zadovoljstva u uzorku iznosi  $M=69.13$  uz standardnu devijaciju  $SD=20.106$ . Na pitanje *Što mislite kako drugi ljudi odgovaraju na prethodno pitanje* pokazalo se da sudionici smatraju kako su drugi ljudi u prosjeku manje zadovoljni svojim životom ( $M=50.07$ ,  $SD=16.201$ ). T-test između ovih dviju aritmetičkih sredina pokazao je statistički značajno razlikovanje ( $t(877)=26.659$ ,  $p<.01$ ). Ovaj podatak pokazuje da ljudi precjenjuju svoju kvalitetu života u odnosu na ono što misle da bi drugi ljudi procijenili za sebe. U svim dobnim skupinama dobivene su razlike u opisanom smjeru te je stoga obrada učinjena na cjelovitom uzorku.

#### *Razlike u prediktorima ukupne kvalitete života u funkciji dobi*

U okviru odgovora na treći problem kojim se nastojalo utvrditi koje domene objašnjavaju kvalitetu života odraslih zdravih osoba provedeno je 8 hijerarhijskih regresijskih analiza. Željelo se saznati koje domene i sociodemografske varijable u kojoj mjeri objašnjavaju ukupno zadovoljstvo životom u različitim dobnim skupinama. Kriterijska varijabla u svim provedenim regresijskim analizama bila je zadovoljstvo životom u cjelini. Prediktorske varijable uvođene su u dva bloka, prvi su činile varijable 4 domene kvalitete života (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina), a u drugom bloku uvedene su sociodemografske varijable (spol, dob, obrazovanje, radni status, materijalno stanje, bračni status, djeca i vrsta kućanstva u kojem žive). Ovakav redoslijed uvođenja blokova odabran je zbog veće povezanosti pojedinih domena s kriterijskom varijablom te se stoga očekuje veći udio zajedničke varijance tih prediktora s kriterijem od onog koji se objašnjava uvođenjem bloka sociodemografskih varijabli.

U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi željelo se doznati koji prediktori kod srednjoškolaca najbolje objašnjavaju zadovoljstvo životom u cjelini. Prediktorske varijable uvedene su u dva koraka. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 5.

U prvom koraku uvedene su domene kao prediktori i dobiven je koeficijent multiple korelacije .765 kojim je objašnjeno 57% varijance ukupnog zadovoljstva životom srednjoškolaca ( $R^2_{corr}=.570$ ). Objašnjeni udio varijance statistički je značajan uz rizik pogreške manji od 1% ( $df=4,106$ ). Domene psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline pokazale su se statistički značajnim samostalnim prediktorima u objašnjenju

varijance ukupnog zadovoljstva životom ( $p < .01$ ). Relativni doprinos domena okoline i psihičkog zdravlja ukupnom rezultatu ne pokazuje veće razlike ( $\beta$ -koeficijenti iznose .338 i .331), a doprinos domene socijalnih odnosa nešto je niži ( $\beta = .203$ ).

*Tablica 5*  
Rezultati hijerarhijske regresijske analize srednjoškolaca za kvalitetu života u cjelini (prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.331**	.306**
Domena socijalnih odnosa	.203**	.196*
Domena okoline	.338**	.307**
Dob		.151*
Materijalno stanje		.182**
R	.765**	.794*
$R^2_{\text{corr}}$	.570	.601
Promjena $R^2$	.585**	.045*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

$\beta$  – standardizirani regresijski koeficijenti, R – koeficijent multiple korelacije,  $R^2$  - koeficijent multiple determinacije,  $R^2_{\text{corr}}$  – korigirani koeficijent multiple determinacije

U drugom koraku uveden je blok sociodemografskih varijabli. S obzirom da su kod srednjoškolaca neke demografske varijable konstantne (obrazovanje, radni status, bračni status, djeca), one su isključene iz provedene regresijske analize. Preostale varijable drugog bloka povećale su udio objašnjene varijance u kriteriju na 60.1% i to povećanje pokazalo se statistički značajnim uz rizik manji od 5% ( $df=4,102$ ). Multipla korelacija prediktora s kriterijem iznosi sada .794. Uvođenjem drugog bloka varijabli značajnost domene psihičkog zdravlja i domene okoline nije se promijenila, međutim relativni doprinosi pojedine domene u objašnjavanju ukupne kvalitete života su se smanjili.  $\beta$ -koeficijenti iznose .306 za psihičko zdravlje i .307 za okolinu. Za domenu socijalnih odnosa povećao se rizik pogreške na 5%, a  $\beta$ -koeficijent iznosi .196. Među prediktorima drugog bloka značajnima su se pokazali dob ( $\beta = .151$ ,  $p < .05$ ) i materijalno stanje ( $\beta = .182$ ,  $p < .01$ ). Na osnovu korelacija pojedinog prediktora s kriterijem može se zaključiti da povećanjem zadovoljstva na domenama psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline te povećanjem dobi i materijalnog stanja srednjoškolcima se povećava i zadovoljstvo životom u cjelini.

Sljedeća provedena regresijska analiza odnosila se na skupinu studenata. Analiza je provedena u dva koraka, a sumarni rezultati studenata prikazani su u tablici 6.

U prvom koraku regresijske analize dobiven je koeficijent multiple korelacije .816 i prvim blokom prediktora objašnjeno je 65.4% ukupne varijance u kriteriju, što se pokazalo statistički značajnim uz rizik manji od 1% ( $df=4,113$ ). Pojedinačni udio domena psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline značajan je za objašnjenje zadovoljstva životom u cjelini uz rizik manji od 1%. Najveći relativni doprinos ima domena psihičkog zdravlja ( $\beta=.583$ ), a s nešto manjim udjelom prisutne su domena socijalnih odnosa ( $\beta=.226$ ) i domena zadovoljstva okolinom ( $\beta=.261$ ).

*Tablica 6*  
Rezultati hijerarhijske regresijske analize studenata za kvalitetu života u cjelini (prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.583**	.595**
Domena socijalnih odnosa	.226**	.220**
Domena okoline	.261**	.274**
R	.816	.819
$R^2_{\text{corr}}$	.654	.670
Promjena $R^2$	.666**	.004

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 4

Uvođenjem drugog bloka varijabli promjena u postotku objašnjene varijance nije se pokazala statistički značajnom. Udio pojedine varijable iz prvog koraka nije se promijenio u većoj mjeri pa se može zaključiti da provođenje drugog koraka analize ne doprinosi značajno. Moguće je reći da se zadovoljstvo životom u cjelini kod studenata može objasniti domenama psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline. Dakle, što je zadovoljstvo navedenim domenama veće to su studenti zadovoljniji životom u cjelini.

Treća hijerarhijska regresijska analiza promatrala je utjecaj pojedinih prediktora na ukupnu kvalitetu života kod osoba u dobi od 18 do 29 godina, a koji nisu studenti. Dobiveni rezultati nalaze se u tablici 7.

Uvođenjem prvog bloka prediktorskih varijabli dobivena je multipla korelacija u iznosu .713 i objašnjeno je 49,4% ukupne varijance zadovoljstva životom u cjelini ( $p < .01$ ,  $df=4,130$ ). Od uvedene 4 domene kvalitete života značajnima se pokazala domena psihičkog zdravlja ( $\beta=.472$ ,  $p < .01$ ) i domena okoline ( $\beta=.238$ ,  $p < .01$ ). Iz dobivenih  $\beta$ -

koeficijenta uočljivo je da je doprinos domene psihičkog zdravlja nešto veći nego domene okoline.

Tablica 7

Rezultati hijerarhijske regresijske analize skupine 18-29 godina za kvalitetu života u cjelini (prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.472**	.480**
Domena okoline	.238**	
Materijalno stanje		.182*
R	.713	.748
R <sup>2</sup> <sub>corr</sub>	.494	.517
Promjena R <sup>2</sup>	.509**	.051

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 5

Uvođenjem sociodemografskih varijabli objašnjeno je 2,3% varijance više nego prvim blokom, ali spomenuto povećanje nije se pokazalo statistički značajnim. Međutim došlo je do promjene važnosti pojedinih prediktora. Materijalno stanje pokazalo se značajnim prediktorom uz manje od 5% rizika ( $\beta = .128$ ), dok je domena okoline izgubila na važnosti. U konačnici se pokazalo da je kod osoba između 18 i 29 godina veće zadovoljstvo psihičkim zdravljem i bolje materijalno stanje povezano s većim zadovoljstvom životom u cjelini.

U tablici 8 prikazani su sumarni rezultati hijerarhijske regresijske analize za skupinu u dobi od 30 do 39 godina.

Tablica 8

Rezultati hijerarhijske regresijske analize skupine 30-39 godina za kvalitetu života u cjelini (prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.518**	.558**
Domena okoline	.311**	.211*
Materijalno stanje		.172*
Bračni status		-.157*
R	.745	.777
R <sup>2</sup> <sub>corr</sub>	.540	.562
Promjena R <sup>2</sup>	.555**	.049

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 5

Uvođenjem prvog bloka varijabli u analizu dobiven je koeficijent multiple korelacije .745 koji se pokazao statistički značajnim uz rizik manji od 1% ( $df=4,123$ ). Kombinacijom uvedenih prediktora objašnjeno je 54% ukupne varijance kriterija. Pojedinačni prediktori koji značajno doprinose objašnjenju zadanog kriterija su domena psihičkog zdravlja ( $\beta=.518$ ,  $p<.01$ ) i domena okoline ( $\beta=.311$ ,  $p<.01$ ). Vidljivo je da domena psihičkog zdravlja više doprinosi ukupnom rezultatu nego domena okoline.

Drugim korakom analize, odnosno uvođenje sociodemografskih varijabli, nije se statistički značajno povećao doprinos u objašnjavanju ukupne kvalitete života. Materijalno stanje ( $\beta=.172$ ,  $p<.05$ ) i bračni status ( $\beta=-.157$ ,  $p<.05$ ) pokazali su se značajnim prediktorima, a regresijski koeficijent domene okoline smanjio se sa .311 ( $p<.01$ ) na .211 ( $p<.05$ ). Iz navedenog možemo zaključiti da kod osoba u dobi od 30 do 39 godina veće zadovoljstvo psihičkim zdravljem i okolinom te bolje materijalno stanje i bračna zajednica ukazuju na veću kvalitetu života u cjelini.

Prikaz rezultata dobivenih u skupini osoba starosti od 40 do 49 godina nalazi se u tablici 9.

*Tablica 9*  
Rezultati hijerarhijske regresijske analize skupine 40-49 godina za kvalitetu života u cjelini  
(prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.395**	.378**
Domena okoline	.571**	.514**
R	.717	.735
$R^2_{\text{corr}}$	.493	.477
Promjena $R^2$	.514**	.026

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 5

Prvim skupom prediktora uvrštenih u regresijsku jednadžbu objašnjeno je 49.3% ukupne varijance kriterija, a dobiveni koeficijent multiple korelacije iznosi .717. Uz manje od 1% rizika od pogreške ova se korelacija pokazala statistički značajnom ( $df=4,95$ ). Od četiri uvedene prediktorske varijable značajnima su se pokazale domena psihičkog zdravlja i domena okoline.  $\beta$ -koeficijent varijable psihičkog zdravlja iznosi .395 ( $p<.01$ ), a varijable zadovoljstva okolinom nešto je veći i iznosi .571 ( $p<.01$ ).



Niti u regresiji ove dobne skupine drugi korak analize nije objasnio značajno veći dio varijance kriterija, a udio značajnih prediktora nije se bitno promijenio. Može se, dakle, reći da ukoliko su osobe 40 do 49 godina starosti zadovoljnije psihičkim zdravljem i okolinom zadovoljnije su i životom u cjelini.

Sljedeća regresijska analiza dala je rezultate za skupinu u dobi od 50 do 59 godina koji su prikazani u tablici 10.

*Tablica 10*  
Rezultati hijerarhijske regresijske analize skupine 50-59 godina za kvalitetu života u cjelini  
(prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena tjelesnog zdravlja		-.258**
Domena psihičkog zdravlja	.355**	.490**
Domena socijalnih odnosa	.248**	.270**
Domena okoline	.424**	.222*
Spol		-.139*
Dob		-.196**
Obrazovanje		.191*
R	.758	.817
R <sup>2</sup> <sub>corr</sub>	.557	.623
Promjena R <sup>2</sup>	.575**	.093**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 5

U prvom koraku hijerarhijske regresijske analize dobivena je multipla korelacija prediktora s kriterijem  $R=.758$ . Objašnjeno je 55.7% ukupne varijance kriterija i ta se promjena koeficijenta determinacije od nulte vrijednosti pokazala statistički značajnom uz rizik pogreške manji od 1% ( $df=4,96$ ). Prediktori koji značajno pridonose objašnjavanju varijance kriterija su domena psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i domena okoline. U ovom slučaju domena okoline ima relativno najveći pojedinačni doprinos u ukupnom objašnjenju varijance kriterija ( $\beta=.424$ ,  $p<.01$ ), a slijede je domena psihičkog zdravlja ( $\beta=.355$ ,  $p<.01$ ) i domena socijalnih odnosa ( $\beta=.248$ ,  $p<.01$ ).

Uvođenje drugog bloka povećalo je postotak objašnjene varijance kriterija za 6.6% što se pokazalo statistički značajnim porastom uz manje od 1% rizika ( $df=8,88$ ). Osim značajnih prediktora iz prvog bloka, u ovom koraku značajna postaje i domena tjelesnog zdravlja ( $\beta=-.258$ ,  $p<.01$ ) te spol ( $\beta=-.139$ ,  $p<.05$ ), dob ( $\beta=-.196$ ,  $p<.01$ ) i

obrazovanje ( $\beta=.191$ ,  $p<.05$ ).  $\beta$ -koeficijent domene okoline smanjio se na značajnost manju od 5% i od prijašnjih .424 smanjio se na .222. Neočekivana je vrijednost  $\beta$ -koeficijenta domene tjelesne dobi koji je unatoč pozitivnoj povezanosti s kriterijem i s ostalim domenama, a očito zbog djelovanja kolinearnosti prediktora, negativnog predznaka.

Može se zaključiti da su u skupini osoba između 50 i 59 godina starosti muškarci, mlađe osobe i osobe višeg obrazovanja te oni zadovoljniji na svim domenama osim tjelesnom zdravlju zadovoljniji i životom u cjelosti.

Sljedeća analizirana skupina su osobe u dobi između 60 i 69 godina, a rezultati regresijske analize dobiveni na njihovim podacima prikazani su u tablici 11.

*Tablica 11*  
Rezultati hijerarhijske regresijske analize skupine 60-69 godina za kvalitetu života u cjelini  
(prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.464**	.487**
R	.665	.738
R <sup>2</sup> <sub>corr</sub>	.413	.464
Promjena R <sup>2</sup>	.442**	.102

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 5

Uvođenjem prvog bloka prediktora dobivena multipla korelacija iznosi .665 i uspješno je objašnjeno 41.3% varijance kriterija ( $p<.01$ ,  $df=4,76$ ). Jedini značajan prediktor iz ovog skupa varijabli je domena psihičkog zdravlja ( $\beta=.464$ ,  $p<.01$ ). Kada su uvedene sociodemografske varijable promjena u objašnjenju varijanci kriterija nije se pokazala statistički značajnom ( $p>.05$ ). Na osnovu rezultata možemo reći da među osobama u dobi 60 do 69 godina oni koji su zadovoljniji psihičkim zdravljem su zadovoljniji i životom u cjelini.

Posljednja provedena analiza odnosila se na skupinu osoba starijih od 70 godina. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 12.

Prvom skupinom prediktorskih varijabli dobivena je korelacija s kriterijem .780. Pomoću tog bloka varijabli uspjelo se objasniti 59.2% ukupne varijance u kriterijskoj varijabli ( $p<.01$ ,  $df=4,97$ ). Na ovoj razini hijerarhijske analize značajni prediktori su domena psihičkog zdravlja ( $\beta=.540$ ,  $p<.01$ ), domena socijalnih odnosa ( $\beta=.212$ ,  $p<.01$ )

i domena okoline ( $\beta=.216$ ,  $p<.05$ ). Najveću relativnu važnost utjecaja na kriterijski rezultat ima varijabla psihičkog zdravlja.

*Tablica 12*

Rezultati hijerarhijske regresijske analize skupine  $\geq 70$  godina za kvalitetu života u cjelini (prikaz značajnih prediktora po blokovima)

	1. blok - $\beta$	2. blok - $\beta$
Domena psihičkog zdravlja	.540**	.541**
Domena socijalnih odnosa	.212**	.226**
Domena okoline	.216*	
R	.780	.804
$R^2_{\text{corr}}$	.592	.599
Promjena $R^2$	.608**	.039

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Značenje simbola identično je navedenom u tablici 5

U drugom koraku, uvođenjem sociodemografskih varijabli, promjena koeficijenta multiple determinacije nije se pokazala statistički značajno različitom od one dobivene u prvom koraku analize. Međutim, prediktor zadovoljstva okolinom u ovom koraku izgubio je na značajnosti u objašnjavanju varijance kriterija. Zbog ovakvog rezultata opravdano bi bilo zaključiti da osobe iznad 70 godina starosti koje su zadovoljnije psihičkim zdravljem i socijalnim odnosima su ujedno zadovoljnije i ukupnom kvalitetom života. Važno je spomenuti da su rezultati domene socijalnih odnosa nereprezentativni za ovu dobnu skupinu zato što su izračunati na osnovu samo dvije čestice, jer je broj odgovora na česticu vezanu u zadovoljstvo seksualnim životom vrlo malen. Razlog tome vjerojatno leži u činjenici da je seksualni život u toj dobi zamijenjen drugim prioritetima (prema Gott i Hinchliff, 2003).

Sumarni rezultati svih 8 provedenih hijerarhijskih regresijskih analiza prikazani su u prilogu 2 kako bi se stekla opća slika o promjenama u značajnosti pojedinih prediktora u objašnjavanju kvalitete života u funkciji dobi.

## Rasprava

### *Zadovoljstvo životom u funkciji dobi*

Prema očekivanju homeostatskog modela koji je postavio Cummins subjektivna kvaliteta života u cjelini trebala bi biti stabilna tijekom čitavog života. Provedenom analizom varijance na ispitanom uzorku utvrđeno je postojanje razlike u kvaliteti života u cjelini među različitim dobnim skupinama. Najzadovoljniji životom su srednjoškolci, studenti i osobe mlađe od 39 godina, a s dobi se zadovoljstvo životom u cjelini smanjuje te je kod osoba starijih od 60 godina zadovoljstvo najniže. Ovakvi nalazi upućuju na zaključak da na području Zagreba situacija nije potpuno u skladu s očekivanjima homeostatske teorije. Istraživanja provedena u sklopu svjetske zdravstvene organizacije nisu ponudila nalaze u skladu s Cumminsovom teorijom. Zaključci do kojih su došli Skevington i suradnici (2004) pokazali su da kvaliteta života pada s dobi. Nalazi dobiveni ovim istraživanjem potvrđuju spomenute rezultate, iako se ne može govoriti o potpunom neskladu s Cumminsovim nalazima. Naime, percipirana kvaliteta života u svim ovdje ispitanim skupinama mlađima od 70 godina kreće se u okvirima od 60 do 80% skalnog maksimuma, što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe. Ovaj podatak pokazuje da se ipak može govoriti o svojevrsnoj ravnoteži kvalitete života u različitim dobnim razdobljima, ali do pada kvalitete ipak dolazi nakon 70-te godine života.

Razlozi promjena u percepciji kvalitete života mogu se tražiti među mnogobrojnim promjenama koje pojedinci doživljavaju tijekom života, a jedna od njih je i promjena pojma o sebi. Govoreći o tome govori se o samopoštovanju, percipiranoj slici samoga sebe i vjerovanjima o vlastitoj vrijednosti, sposobnostima i osobinama. Pojam o sebi formiramo na osnovu značenja koje pridajemo svakodnevnim interakcijama i njihovim interpretacijama. Tijekom života naša vjerovanja se razvijaju i vrijednosti se mijenjaju (Reker i Wong, 1988; prema Perlmutter i sur., 1992). Rekonstruiranjem naše percipirane stvarnosti mijenja se i pojam o sebi. Ogilvie (1987; prema Perlmutter i sur., 1992) je utvrdio da je pojam o sebi povezan sa zadovoljstvom životom. Pokazao je da ljudi sebe percipiraju kroz određene uloge (dobar otac, liječnik, i sl.) i da su zadovoljniji životom ukoliko više vremena provode u ulogama kojima se opisuju. Samopoštovanje pojedinca formira se iz osjećaja vlastite kompetentnosti, snage ili

sposobnosti, ali i iz osjećaja osobne ili moralne vrijednosti. Nekolicina istraživanja pokazuje da ne dolazi do promjena u samopoštovanju tijekom odrasle dobi, ali dio ih ukazuje na više samopoštovanje kod starijih osoba (Bengston, Reedy i Gordon, 1985; prema Perlmutter i sur., 1992). Provedeno istraživanje Bengstona i suradnika (1985) je transversalno pa se ne može sa sigurnošću reći radi li se o stvarnom porastu samopoštovanja u funkciji dobi ili su današnje starije osobe ulaskom u odraslu dob imale više samopoštovanje nego što ga ima današnja generacija (utjecaj kohorte). Postoje indicije da je samopoštovanje povezano s grupnom kohezijom što kod starijih osoba smanjuje socijalnu izolaciju (Perlmutter i sur., 1992).

Prema homeostatskom modelu pretpostavlja se da se s dobi mijenjaju prioriteti pojedinaca te kako bi se opća kvaliteta života održala stabilnom smanjenje zadovoljstva u jednoj njezinoj domeni kompenzira se povećanjem u nekoj drugoj. Ovim istraživanjem željelo se utvrditi postoje li i stvarne razlike među dobnim skupinama u zadovoljstvu pojedinom domenom.

Što smo stariji to imamo više problema sa zdravljem, koristimo sve više lijekova, počinju nas boljeti koljena i leđa, sve slabije čujemo, a ni vid nas ne služi baš najbolje. Na sve te probleme nailaze ljudi kroz život, i što su stariji to se problemi više gomilaju. Rezultat toga vidljiv je i na ispitanoj domeni tjelesnog zdravlja. Dobiven je isti trend opadanja zadovoljstva tjelesnim zdravljem s dobi kao i kod zadovoljstva životom u cjelini. Iznimka u ovoj domeni su rezultati srednjoškolaca koji su manje zadovoljni tjelesnim zdravljem nego što su studenti i osobe mlađe od 39 godina. Razlog tome može se potražiti u pitanjima koja opisuju tjelesno zdravlje, a ona su vezana uz kvalitetu spavanja, razinu energije potrebne za obavljanje svakidašnjih i radnih aktivnosti. Period u kojem je istraživanje provedeno zahvaćalo je kraj školske godine što je kod srednjoškolske populacije izrazito stresno razdoblje. Intenzivna ispitivanja i zaključivanja ocjena u tom periodu možda su bila razlog narušavanja funkcioniranja na ovim područjima. Važno je spomenuti da rezultati koje su postigli studenti ne opravdavaju očekivanja Cumminsa (2003) o nižem zadovoljstvu životom u odnosu na ostalu populaciju. Dobiveni nalazi čak ukazuju na suprotno, odnosno, studenti su se pokazali zadovoljnijima kvalitetom života od ostalih dobnih skupina.

Izuzevši tjelesne teškoće, kako ljudi stare postaje im sve teže koncentrirati se, nisu zadovoljni sobom kao nekad dok su bili mlađi te zbog brojnih tegoba zapadaju sve

češće u negativna raspoloženja. I rezultati su pokazali da se zadovoljstvo psihičkim zdravljem mijenja s dobi, srednjoškolci su ponovno manje zadovoljni od studenata i mlađih od 39 godina te su po zadovoljstvu sličniji osobama srednje životne dobi. Osim što su razlozi djelomično povezani sa razdobljem kraja školske godine, vjerojatno je i adolescentska kriza kroz koju srednjoškolci prolaze nalik krizi srednjih godina kroz koju prolaze osobe te dobne skupine. Oba razdoblja obilježena su brojnim egzistencijalističkim pitanjima o smislu života te dolazi do promjena u poimanju sebe. Ukoliko se stvarnost podudara sa slikom o sebi, pojedinac je zadovoljan, no kako se zahtjevi okoline na pojedinca mijenjaju, tako i on mora mijenjati sliku o sebi. Pojedinci tada često zapadaju u krize koje se očituju u prolaznoj pojavi anksioznih i/ili depresivnih simptoma, što djeluje na smanjenje subjektivne kvalitete života.

Također, nemogućnost koncentracije i doživljavanje tjeskobe, očaja i drugih negativnih raspoloženja česta su pojava u ovom razdoblju školske godine pa je vjerojatno smanjenje zadovoljstva srednjoškolaca uzrokovano time.

Odnosom s bliskim osobama i prijateljima te seksualnim životom najzadovoljnije su mlađe odrasle osobe. Stariji od 60 godina su od njih značajno manje zadovoljni domenom socijalnih odnosa. Ovakav nalaz ne iznenađuje uzme li se u obzir da osobe nakon završetka srednje škole ili fakulteta počinju svoj samostalni život i definiraju vlastiti krug bliskih osoba, a i seksualna aktivnost je prema razvojnim gledištima u tom razdoblju života na vrhuncu. Kod osoba iznad 60, a osobito kod onih starijih od 70 godina, apsolutna vrijednost zadovoljstva socijalnim odnosima smanjuje se iz više razloga. Krug prijatelja u toj dobi se smanjio, a i neke bliske osobe vjerojatno više nisu žive. Uz to, većina osoba visoke životne dobi više ne razmišlja o seksualnom životu, a mnoge udovice/udovci (36.8% u uzorku starijih od 60 godina) ostali su bez seksualnog partnera (prema Gott i Hitchliff, 2003).

Provedenim istraživanjem pokazalo se da je zadovoljstvo okolinom manje od zadovoljstva na ostalim domenama. Pitanja koja sačinjavaju rezultat u ovoj domeni vezana su uz financijska primanja, stambena pitanja, dostupnost usluga i informacija te mogućnost rekreacije, tjelesne sigurnosti i zdravog okoliša. Razina iskazanog zadovoljstva mogla bi ukazati na nezadovoljstvo naše populacije ekonomskim pitanjima, uslugama i informacijama koje su im omogućene te na osjećaj nezaštićenosti unutar zajednice u kojoj žive. Srednjoškolci i studenti su najzadovoljniji dio populacije

na ovom planu. Međutim takav podatak je očekivan, jer oni većim dijelom još uvijek žive u zaštićenoj roditeljskoj sredini, gdje nemaju toliko izražene financijske i stambene brige. Također, u toj dobi zdravstvene brige manje su zastupljene pa dostupnost medicinskih usluga nije od osobite važnosti. Najmanje zadovoljstvo okolinom izražavaju osobe mlađe od 29 i starije od 70 godina. Skupina mlađih od 29 godina sastavljena je od osoba koje ne studiraju, nego su ili diplomirali ili maturirali. Životna situacija u kojoj se oni nalaze zasigurno je teža nego kod studenata i srednjoškolaca. 13.4% nestudenata je lošijeg, a 23.7% ih je boljeg materijalnog stanja od prosjeka. Među studentima i srednjoškolci manje je onih lošijeg (9.6%), a više boljeg materijalnog stanja od prosjeka (31.4%). U skupini nestudenata u dobi od 18 od 29 godina prisutan je priličan broj nezaposlenih (44.6% od ukupnog broja nezaposlenih u uzorku), koji su možda zaokupljeni egzistencijalnim pitanjima. Kod zaposlenih se pojavljuje nedostatak slobodnog vremena za rekreaciju, a neki rješavaju stambeno pitanje. Sve spomenuto vjerojatno utječe na značajan pad zadovoljstva u odnosu na ostale skupine. Kod osoba iznad 70 godina starosti javljaju se brojni problemi s nedostupnošću medicinskih usluga, a čest problem su i niske mirovine, što zasigurno pridonosi izražavanju nižeg zadovoljstva na ovoj domeni.

#### *Percepcija kvalitete života sebe i drugih*

Željelo se istražiti ima li razlike u poimanju vlastite kvalitete života i one koju pripisujemo drugim ljudima. Brojna su istraživanja u zemljama svijeta pokazala da zdrave odrasle osobe u prosjeku procjenjuju svoju kvalitetu života koristeći gornji raspon skale od *izrazito nezadovoljni* do *izrazito zadovoljni*. Očekivanja normalnog distribuiranja zadovoljstva životom pokazala su se pogrešnima, a kvaliteta života populacije distribuirana se negativno asimetrično. Na ispitanom uzorku provedenog istraživanja dobiven je prosjek zadovoljstva 69.13%SM, s odstupanjem u iznosu 20.106%SM. Oba dobivena podatka ulaze u raspon dosad dobivenih rezultata opće populacije. S obzirom na ove podatke, željelo se saznati percipiraju li ljudi da su i ostali zadovoljni kvalitetom svog života poput njih samih ili precjenjuju sebe u odnosu na druge. Dosadašnji nalazi (Jokić-Begić i sur., 2004) pokazali su da zdrave odrasle osobe precjenjuju sebe u odnosu na druge, dok depresivni bolesnici podcjenjuju svoju kvalitetu života u odnosu na to kakvom percipiraju kvalitetu drugih. Potvrđena su



spomenuta očekivanja, jer se pokazalo da ljudi procjenjuju svoju kvalitetu života boljom nego što misle da je procjenjuju drugi. Iz ovog rezultata vidljivo je da ljudi očekuju da će se zadovoljstvo kvalitetom života kretati oko prosječnog rezultata ponuđene skale pa će i njihove procjene kvalitete života drugih ljudi slijediti najviše očekivanu vrijednost ( $M=50.07$ ). Prema Beckovoj teoriji depresije poznato je da depresivne osobe gledaju na svijet negativno i njihove su percepcije izuzetno pesimistične. Međutim, čini se da su depresivni pojedinci zapravo realniji u procjeni stvarnosti, nego što su zdravi ljudi, koji se pokazuju optimistima u gledanju na svijet oko sebe. Slična situacija odvija se i u percepciji subjektivne kvalitete života. Zdrave osobe percipirat će sebe zadovoljnijima od drugih. Ovo je svojevrsni obrambeni mehanizam kojim se pojedinci služe kako bi poboljšali sliku o sebi samima. S druge strane, depresivni bolesnici bit će realniji i procjenjivat će sebe i druge ljude sličnije, iako će percipirati da su manje zadovoljni od drugih ljudi. Stoga što ne pronalaze kod sebe ništa što ih čini vrednijima od drugih narušava im se psihička ravnoteža, a to se manifestira u sniženom zadovoljstvu životom.

#### *Razlike u doprinosu domena kvalitete života u funkciji dobi*

Završnim problemom ovog rada željelo se provjeriti mijenja li se važnost pojedinih domena kvalitete života s dobi i do kakvih promjena dolazi. Pokušalo se utvrditi kakvu ulogu u objašnjavanju kvalitete života u cjelini imaju pojedine domene i može li poznavanje sociodemografskih karakteristika pojedine osobe pomoći u predviđanju zadovoljstva životom u cjelini. Pokazalo se da neke sociodemografske varijable značajno doprinose predviđanju ukupne kvalitete života samo među srednjoškolcima i među osobama u dobi 50-59 godina. Kod skupina mlađih od 39 te kod starijih od 70 godina uvođenje ovih varijabli promijenilo je važnost doprinosa pojedinih prediktorskih varijabli objašnjavanju ukupne kvalitete života.

Pokazalo se da je psihičko zdravlje jedina varijabla koja je važna svima, neovisno o njihovoj dobi. Ipak, dobro psihičko zdravlje najvažnije je studentima, skupini starosti 30-39 godina i starijima od 70 godina. Ovo je ujedno i jedina domena kvalitete života koja je značajna osobama u dobi od 60-69 godina. S druge strane, tjelesno zdravlje nije se pokazalo važnim prediktorom gotovo kod niti jedne skupine. Iznimka je dobna skupina 50-59 godina starosti u kojoj se, uvođenjem demografskih varijabli, tjelesno



zdravlje pokazalo značajnim za predviđanje ukupne kvalitete života i to na način da lošije tjelesno zdravlje vodi boljoj kvaliteti života. Ovakav rezultat je izvan svih očekivanja, jer je povezanost domene tjelesnog zdravlja i ukupne kvalitete života umjerena i pozitivna te je dobivena nelogičnost vjerojatno rezultanta visoke kolinearnosti među prediktorima.

Srednjoškolcima i studentima za bolju kvalitetu života važni su njihovi socijalni odnosi s bliskim osobama te okolina i uvjeti u kojima žive. Socijalni odnosi također su važan aspekt života osoba u dobi 50-59 godina te onih koji su prošli 70-tu godinu života. Zadovoljstvo okolinom, uz srednjoškolce i studente, važno je i osobama u dobi od 30 do 60 godina. Najveći doprinos ukupnoj kvaliteti života zadovoljstvo okolinom ima u dobi između 40 i 49 godina.

Razumljivo je da su mladim ljudima (srednjoškolcima i studentima) važni socijalni odnosi i okolina. Njihova razvojna dob nalaže usmjerenost na vršnjačku skupinu. Prihvaćenost u toj skupini, razina zadovoljstva koja se ostvaruje u socijalnim kontaktima pa i u prvim emocionalnim vezama odredit će i ukupnu kvalitetu života. U kasnijoj dobi socijalni odnosi se stabiliziraju i neke druge varijable preuzimaju primat. U kasnijoj srednjoj dobi (50-59 godina) vjerojatno dolazi do značajnog smanjenja socijalne mreže uslijed odlaska djece od kuće i prvih trajnih gubitaka prijatelja. Kasnije se ljudi priviknu na novonastalu situaciju. Zanimljivo je da se kod skupine u dobi 18-29 godina, ali nestudenata, nije pojavio taj trend, međutim njima je rješavanje materijalnog statusa očito puno važnije za procjenu kvalitete života.

Među sociodemografskim varijablama malo je onih koje objašnjavaju značajan dio razlika u zadovoljstvu životom u cjelini. Bolje materijalno stanje ukazuje na veće zadovoljstvo životom i to kod srednjoškolaca i mlađih od 39 godina, međutim ne i kod studenata. Kod srednjoškolaca materijalno stanje obitelji iz kojih dolaze često utječe na društvo koje biraju i školu u koju su upisani pa tako bolje stojeće obitelji uglavnom svoju djecu upisuju u gimnazije, a manje imućni češće odlaze u strukovne škole. Oni koji su završili škole i počinju živjeti svoj život često imaju financijske brige pa ukoliko su boljeg materijalnog stanja zadovoljniji su životom. Materijalne brige traju sve dok mladi ne stanu u potpunosti na svoje noge, a boljoj kvaliteti pomaže i ukoliko su osobe u braku. Oko 40-tih godina ljudi se usmjeravaju na druge aspekte života i materijalno stanje gubi na značajnosti. U dobi između 50-te i 60-te godine muškarci su zadovoljniji

životom od žena što je djelomično rezultat menopauze kroz koju žene u toj dobi prolaze. U toj dobi također se pokazalo da ljudi višeg obrazovnog statusa izražavaju veće zadovoljstvo životom. Što ljudi više stare postaju manje zadovoljni životom te je u ovoj dobnoj skupini varijabla dobi došla do izražaja i pokazalo se da su stariji 50-godišnjaci manje zadovoljni od mlađih.

Ovdje opisani nalazi vrlo su važni za razumijevanje kvalitete života zdravih odraslih osoba i za praćenje razvojnih promjena koje interferiraju sa zadovoljstvom životom u različitim razdobljima životnog vijeka. Usporede li se podaci dobiveni kod kroničnih bolesnika ili psihički oboljelih osoba s ovdje dobivenim podacima dobit će se jasnija slika o razlikama u kvaliteti života zdravih i oboljelih osoba. Pokazalo se tako da dijabetičari izražavaju značajno niže zadovoljstvo životom od zdravih osoba, a osobe oboljele od kardiovaskularnih, respiratornih i drugih tegoba na domeni fizičkog zdravlja manje su zadovoljni i od dijabetičara (Pibernik-Okanović i sur., 1996). U Hrvatskoj su do sada praćeni učinci terapije inzulinom kod dijabetičara te se pokazalo da je uslijed terapije došlo do poboljšanja u subjektivnoj kvaliteti života (Pibernik-Okanović i sur., 1998). Ovakva istraživanja prvi su pokazatelj da će saznanja prikupljena provedenim istraživanjem omogućiti praćenje poboljšanja uzrokovanih terapijom koja se provodi s ciljem dostizanja kvalitete života koja se zapaža kod zdravih osoba.

#### *Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja*

Dosad opisani nalazi ukazuju na neke korisne smjernice za buduća istraživanje, no provedeno istraživanje bremenito je i nekim nedostacima. Pokazalo se u ispitivanjima kvalitete života da su skale većeg raspona odgovora osjetljivije i bolje mjere ovog konstrukta pa bi bilo korisno vidjeti kako bi se ponašali rezultati populacije da su odgovori na sva pitanja ovog upitnika procijenjeni na skali od 0 do 10, kao što je učinjeno na dvije dodatne čestice u provedenom istraživanju. Kako bi bilo moguće rezultate generalizirati na šire područje, a ne samo grada Zagreba, potrebno bi bilo u uzorak uključiti i stanovnike neurbanih sredina.

Srednjoškolci su bili uključeni u istraživanje tijekom završetka školske godine što je možda utjecalo na njihovu procjenu zadovoljstva životom. Potrebno bi bilo utvrditi da

li bi se njihovi rezultati razlikovali da se isti upitnik primijeni u nekom za njih manje stresnom razdoblju godine.

Nadalje, opisani nalazi pokazuju da odvajanje studenata od ostalih osoba njihove dobi može biti opravdano, ali ne iz razloga koje su navela neka spomenuta istraživanja, već zbog homogenosti brojnih varijabli koje se vežu uz tu skupinu.

Kvaliteta života je koncept koji se sve češće spominje u relevantnoj i recentnoj svjetskoj literaturi i predmet je interesa mnogih znanstvenika. No, ova istraživanja imaju i svoje praktične doprinose. U hrvatskim uvjetima istraživanja koja su se bavila posljedicama rata pokazala su nepovoljan utjecaj na psihičko zdravlje populacije. Nesigurni životni uvjeti koji prate tranziciju također mogu imati negativne posljedice. Praćenje subjektivne kvalitete života adekvatnom metodologijom i usporedba s drugim zemljama omogućila bi otkrivanje nepovoljnih okolnosti koje bi mogle biti izvor nezadovoljstva šireg kruga ljudi, što bi potencijalno moglo ugroziti psihičko i tjelesno zdravlje pojedinca, ali i ukupnu društvenu klimu.

## **Zaključak**

Rezultati provedenog istraživanja upućuju na postojanje dobnih razlika u kvaliteti života u cjelini, ali i u pojedinim njezinim domenama. Subjektivna kvaliteta života se smanjuje u funkciji dobi, ali ostaje u okviru očekivanih vrijednosti (60-80% skalnog maksimuma) kod svih skupina osim kod starijih od 70 godina.

Pokazalo se da ljudi procjenjuju subjektivnu kvalitetu vlastitog života u odnosu na kvalitetu života drugih ljudi.

Kroz životna razdoblja mijenja se i važnost pojedinih čimbenika koji doprinose predviđanju ukupnog zadovoljstva životom. Smanjeno zadovoljstvo jednom domenom djelomično se kompenzira nešto većim zadovoljstvom nekom drugom. Psihičko zdravlje pokazalo se važnim aspektom kvalitete života tijekom čitavog životnog vijeka.

## Literatura

- Aaronson, N.K., Ahmendzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Fletchner, H., Fleishman, S.B., De Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Roife, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. i Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. i Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bergner, M., Bobbit, R., Carter, W. i Gilson, B. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. i Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic mental diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.
- Cummins, R.A. (2003). Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64, 225-256.
- Cummins, R.A. (2000). Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 35, 179-200.
- Cummins, R.A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J. i Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research*, 64, 159-190.
- De Vries, J. i Van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation Study with the Dutch Version. *European Journal of Psychological Assessment*, 13 (3), 164-178.
- Gott, M. i Hitchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56, 1617-1628.
- Jokić-Begić, N., Tadinac, M., Lauri Korajlija, A. i Hromatko, I. (2004). Anxiety as a Predictor of the Subjective Quality of Life. STAR, konferencija, Amsterdam.
- Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. *Primijenjena psihologija*, 10, 179-184.

- Kuehner, C. i Buerger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, 205-213.
- Maher, E. (1999). Subjective quality of life, perceived control and dispositional optimism among older people. First Australian Conference on Quality of Life.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M. i Mason, J.H. (1980). Measuring health status in arthritis: The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism*, 23, 146-152.
- Papalia, D.E. i Wendkos Olds, S. (1992). *Human Development*. United States of America: McGraw-Hill, Inc.
- Perlmutter, M. i Hall, E. (1992). *Adult Development and Aging*. New York/Chichester/Brisbane/Toronto/Singapore: John Wiley & Sons.
- Pibernik-Okanović, M., Szabo, S. i Metelko, Ž. (1998). Quality of Life Following a Change in Therapy for Diabetes Mellitus. *Pharmacoeconomics*, 14 (2), 201-207.
- Pibernik-Okanović, M., Szabo, S. i Metelko, Ž. (1996). Quality of Life in Diabetic, Otherwise Ill and Healthy Persons. *Diabetologia Croatica*, 25-3.
- Skevington, S.M., Lotfy, M. i O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field, A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13, 299-310.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1996). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health.
- Vuletić, G. (2005). Subjective Quality of Life in Croatia. Proceedings of the 7th Australian Conference on Quality of Life.
- Vuletić, G. (2004). *Generacijski i transgeneracijski čimbenici kvalitete života vezane za zdravlje studentske populacije*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Vuletić, G. (1999). *Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života*. Neobjavljeni magistarski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Ware, J.E. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual & interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

*Prilog 1*

Prikaz sociodemografskih podataka u postocima ukupnog broja sudionika unutar  
dobnih skupina

		srednjošk.	studenti	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	> 70
N		111	118	135	128	100	101	81	104
spol	M	45.9	41.5	43.7	35.2	33	30.7	45.7	38.5
	Ž	54.1	58.5	56.3	64.8	67	69.3	54.3	61.5
obrazovanje	osnovna	100		3.7	6.3	2	8.9	11.1	17.3
	SSS		98.3	63	53.1	57	33.7	34.6	38.5
	VŠS		1.7	11.9	11.7	5	13.9	14.8	15.4
	VSS			21.5	23.4	23	26.7	30.9	24
	magist. doktor				3.9 1.6	6 7	6.9 9.9	1.2 7.4	1 3.8
radni status	učenik	100							
	student		100				1		
	zaposlen			81.5	89.8	84	80.2	37	
	nezaposlen			17.5	7.8	12	5.9	1.2	1.9
	mirovina domaćica			0.7	0.8 1.6	2 2	12.9	56.8 4.9	93.3 4.8
materijalno stanje	lošije	10.8	8.4	13.4	15.7	25	12.9	18.5	15.4
	prosjeck	61.3	56.8	63	60.9	51	55.4	59.3	57.7
	bolje	27.9	34.8	23.7	23.5	24	31.7	22.2	27
bračni status	oženjen			25.2	64.1	84	75.2	75.3	34.6
	neoženjen	100	99.2	74.8	28.1	5	8.9		5.8
	rastavljen		0.8		7	8	8.9	8.6	6.7
	udovac				0.8	3	6.9	16	52.9
djeca	da			20	68	91	86.1	85.2	79.8
	ne	100	100	80	32	9	13.9	14.8	20.2
kućanstvo	sam		12.7	16.3	12.5	4	10.9	13.6	24
	roditelji	82.9	61	57	25.8	13	6.9	1.2	
	obitelj			20.7	54.7	79	80.2	81.5	36.5
	dom		16.1				1		38.5
	ostalo	17.1	10.2	5.9	7	4	1	3.7	1
psihijatrijski liječeni		1.8	3.4	3	5.5	9	5.9	4.9	13.5
kronični bolesnici		2.7	8.5	3	3.9	12	12.9	22.2	47.1

*Prilog 2*

Sumarni prikaz značajnih prediktora kvalitete života po dobnim skupinama

srednjošk	1. blok*	psih.	soc.	okol.				
	2. blok*	psih.	soc.	okol.		mater.	dob	
studenti	1. blok*	psih.	soc.	okol.				
	2. blok	psih.	soc.	okol.				
18-29 g.	1. blok*	psih.		okol.				
	2. blok	psih.				mater.		
30-39 g.	1. blok*	psih.		okol.				
	2. blok	psih.		okol.		mater.		brak
40-49 g.	1. blok*	psih.		okol.				
	2. blok	psih.		okol.				
50-59 g.	1. blok*	psih.	soc.	okol.				
	2. blok*	psih.	soc.	okol.	tjel.	spol	dob	obraz.
60-69 g.	1. blok*	psih.						
	2. blok	psih.						
≥ 70 g.	1. blok*	psih.	soc.	okol.				
	2. blok	psih.	soc.					

\* značajnost provedenog koraka u hijerarhijskoj regresijskoj analizi